Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

Référence :
voir l'item I - 2 - Q 17, traité dans notre numéro du 30 avril 2006
(Rev Prat 2006;56[8]:891-94)

Seuls des éléments de réponse aux questions, fournis par l'auteur, vous sont communiqués. Cependant, selon les recommandations du CNCI, vos réponses devront être « rédigées » en faisant des phrases et des paragraphes.

Madame O, 40 ans, 160 cm, 80 kg vient consulter en début de grossesse, au terme théorique de 10 SA. Elle n'a pas d'antécédents personnels notables. Elle a accouché 2 ans auparavant d'une fille de 4 120 g, bien portante. Un diabète a été découvert chez sa mère à l'âge de 50 ans. À l'examen, la pression artérielle est à 130/80 mmHg, l'utérus est gravide. Les examens complémentaires de début de grossesse sont normaux. Madame O est de groupe O+ et immunisée contre la rubéole et la toxoplasmose.

QUESTION N° 1

Pensez-vous qu'il soit nécessaire de rechercher un diabète chez cette patiente en début de grossesse ? Justifiez.

QUESTION N° 2

Comment diagnostiquer le diabète gestationnel ? Quels seuils de glycémie retenez-vous pour poser le diagnostic ?

QUESTION N° 3

On conclut à un diabète gestationnel. Décrivez les grandes lignes du traitement diabétologique du diabète gestationnel.

QUESTION N° 4

La grossesse et l'accouchement se passent bien. Quelle contraception en post-partum est possible chez cette patiente ?

QUESTION N° 5

Cette patiente a-t-elle un risque de devenir diabétique dans les années qui viennent ? Comment le savoir ? Que lui préconisez-vous ?

Éléments de réponse

RÉPONSE N° 1

- Oui.
- Nombreux facteurs de risque (FDR).

RÉPONSE N° 2

- Dépistage universel ou ciblé.
- Dépistage ciblé au 1er trimestre sur FDR +++ formes les plus sévères.

Éléments de réponse *(suite)*

• Méthode en 2 temps (dépistage puis diagnostic) ou méthode en 1 temps (HGPO 75 g).
• Recommandations françaises = dépistage systématique entre 24 et 28 SA par la méthode en 2 temps, voire au 1er trimestre si FDR.
• Seuils arbitraires.

RÉPONSE N° 3

• Prescriptions diététiques. Il n'est pas recommandé de descendre en dessous de 1 600-1 800 kcal (30-35 kcal/kg/j). L'alimentation est fractionnée en 3 repas principaux et 3 collations, 50 % de la ration calorique étant apportés par les glucides, en privilégiant les glucides de faible index glycémique et les aliments riches en fibres ; les sucres purs doivent être évités.
• Instauration d'une insulinothérapie.
• Éducation.
• Les objectifs à atteindre sont : glycémie à jeun < 0,95 g/L, glycémie post-prandiale 2 heures après la fin du repas < 1,20 g/L. La surveillance glycémique est appréciée sur 6 autocontrôles capillaires quotidiens, avant et après chacun des 3 repas. Les résultats initiaux sont appréciés lors de l'hospitalisation, puis toutes les 2 à 4 semaines en fonction des résultats. L'adaptation des doses d'insuline au cours de la grossesse nécessite une disponibilité permanente.

RÉPONSE N° 4

• Contraception OP contre-indiquée. L'association de l'âge de 40 ans + l'obésité (et son risque vasculaire associé) + le risque rapporté d'augmentation de thromboses veineuses profondes chez les femmes obèses recevant des estroprogestatifs.
• Soit DIU, soit progestatif (pas microprogestatif).

RÉPONSE N° 5

• Oui, voire elle l'est déjà.
• Définition = glycémie à jeun ≥ 1,26 g/L.
• Perdre du poids et faire de l'exercice.

Remerciements au :

Pr Jacques Lepercq

Service de gynécologie obstétrique, hôpital Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, 75674 Paris Cedex 14.

ABONNEZ-VOUS OU RÉABONNEZ-VOUS EN LIGNE SUR :

www.egora.fr
Santé la différence

Huveaux France
www.huveaux.fr